様式第10号(第22条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 介護保険居宅介護(予防)サービス費、特例居宅介護(予防)サービス費、居宅介護(予防)サービス計画費、特例居宅介護(予防)サービス計画費、施設介護サービス費、特例施設介護サービス費、地域密着型介護(予防)サービス費、特例地域密着型介護(予防)サービス費 | 支給申請書 |

|  |  |
| --- | --- |
| (　　年　　月分) | (償還払用) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 | 　 | 保険者番号 | 3 | 8 | 2 | 1 | 3 | 5 |
| 　 |
| 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 個人番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日生 | 性別 |  |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　 |
| 支払金額合計 | 　　　　　　　　　　　　円 |
| 上記内訳 | 自己負担分円 | 保険給付請求額円 |
| 申請理由 | 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　四国中央市長　様　上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護(予防)サービス費、特例居宅介護(予防)サービス費、居宅介護(予防)サービス計画費、特例居宅介護(予防)サービス計画費、施設介護サービス費、特例施設介護サービス費、地域密着型介護(予防)サービス費又は特例地域密着型介護(予防)サービス費の支給を申請します。　　年　　月　　日 |
| 被保険者 | 住所　　　　　　　　　　　　電話番号氏名　　　　　　　　　　　 |

　上記の給付費を次の口座に振り込んでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受取口座 | □公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）□振込口座を指定する |
| 口座振替依頼欄 | 金融機関 | 金融機関名 | 支店名 | 種目 | 口座番号 |
| 銀行信用金庫組合 | 本店支店出張所 | 1普通預金2当座預金 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 口座名義人 | 　 |
| ゆうちょ銀行 | 記号 | 口座番号 | 　 |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 0 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 口座名義人 | 　 |

※市記入欄(記入しないでください。)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 保険料納付状況 | 領収書確認欄 | サービス提供証明書確認欄 | 備考 |
| 1　一般2　支払方法の変更3　給付額減額 | 未納保険料有・無滞納保険料有・無 | 　 |
| 　 | 　 |

注　この申請書の裏側に該当月分の領収証及びサービス提供証明書又は居宅介護(介護予防)支援提供証明書及び被保険者証の写しも併せて添付してください。